



L'IMPORTANCE ACCORDÉE PAR DES ERGOTHÉRAPEUTES CANADIENS À DES VALEURS PHARES DE LA PROFESSION

Marie-Josée Drolet¹, Marjorie Désormeaux-Moreau²

¹ Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeure adjointe à l'École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : marie-josée.drolet@uqtr.ca

Reçu le 27.04.2018 – Accepté le 10.06.2019

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v5n2.108

ISSN : 2297-0533. URL : <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Introduction. Bien que plusieurs raisons justifient d'étudier les valeurs professionnelles des ergothérapeutes, peu d'études empiriques les ont documentées.

Objectif. Les objectifs de l'étude étaient de : 1) quantifier l'importance qu'accordent des ergothérapeutes canadiens à des valeurs phares de la profession ; 2) explorer l'influence de caractéristiques des participants ou de la clientèle sur l'importance accordée à ces valeurs ; 3) documenter la nature des barrières et facilitateurs au respect de ces valeurs ; et 4) repérer les valeurs les plus faciles et les plus difficiles à actualiser en pratique.

Méthodes. L'étude rapportée dans cet article représente la 4^e phase d'une recherche ayant adopté un devis séquentiel exploratoire mixte pour documenter les valeurs de l'ergothérapie et celles d'ergothérapeutes. Elle a consisté en une étude descriptive quantitative à laquelle 327 ergothérapeutes canadiens, plus spécifiquement québécois, ont participé.

Résultats. Concernant le premier objectif, on constate que les trois valeurs les plus valorisées par le plus grand nombre de participants sont la dignité, l'intégrité et le respect. Les trois valeurs les moins valorisées par le plus grand nombre de participants sont quant à elles la spiritualité, l'efficacité et l'innovation. Concernant le second objectif, il semble que la formation à l'éthique des participants influence l'importance accordée aux valeurs, tout comme l'âge et la problématique de la clientèle ainsi que l'âge et l'expérience de l'ergothérapeute. Concernant le troisième objectif, les barrières à l'actualisation des valeurs que les ergothérapeutes estiment rencontrer le plus fréquemment relèvent de leur milieu (méso-environnement) ou de la société (macro-environnement), tandis que leurs facilitateurs relèvent essentiellement des personnes et de leurs interactions (micro-environnement). Enfin, relativement au quatrième objectif, il semble que la facilité à actualiser une valeur au quotidien influence l'importance que l'ergothérapeute y accorde.

Conclusion. Les résultats de la présente étude rejoignent en général ceux des autres études, quoique plusieurs résultats soient inédits. Des études similaires devraient être menées dans d'autres pays pour poursuivre l'exploration des assises axiologiques de l'ergothérapie, lesquelles influencent la pratique et le développement de la profession.

MOTS-CLÉS

Valeur professionnelle, Ergothérapie, Axiologie, Étude quantitative, Étude descriptive

THE IMPORTANCE PLACED BY CANADIAN OCCUPATIONAL THERAPISTS ON KEY VALUES FOR THE PROFESSION

ABSTRACT

Introduction. Although there are many reasons for studying occupational therapists' professional values, few empirical studies have documented them.

Objectives. The objectives of this study were to: 1) quantify the value placed by Canadian occupational therapists on key professional values; 2) explore the influence of participants or clients' characteristics on the importance placed on these values; 3) document the nature of the barriers and facilitators to these values; and 4) identify values perceived to be the easiest and most difficult to translate into daily practice.

Methods. The study reported in this article consists in the 4th phase of an exploratory sequential mixed research design. Its purpose was to document the values of occupational therapy and those of occupational therapists. It consisted in a quantitative descriptive survey to which 327 occupational therapists from Canada, more specifically Quebec, participated.

Results. In relation to Objective 1, the three values the largest number of participants most valued are dignity, integrity and respect. The three values that are least valued by the greatest number of participants are spirituality, efficiency and innovation. In relation to Objective 2, the findings also revealed that the participants' ethics training impact on the importance given to professional values. It is also the case for the age and problem of the clientele, as well as occupational therapists' age and years of experience. In relation to Objective 3, the barriers to actualizing the values most frequently encountered by occupational therapists are related to their milieu (meso-environment) or to society (macro-environment), while the facilitators of an actualization are essentially people and their interactions (micro-environment). Finally, in relation to Objective 4, the findings suggest that occupational therapists tend to cherish professional values they manage to mobilize in real practice.

Conclusion. The study's findings are globally congruent with previous studies, although several results are unprecedented. Similar studies should be conducted in other countries to further explore the axiological foundations of occupational therapy, which influence the practice and development of the profession.

KEYWORDS

Professional value, Occupational therapy, Axiology, Quantitative study, Descriptive research

INTRODUCTION

L'étude des valeurs – ces concepts abstraits de nature évaluative qui agissent comme des idéaux (Drolet, 2014a ; 2014b) – est pertinente tant pour des raisons éthiques que pour des raisons relatives à l'identité professionnelle de l'ergothérapeute et à l'épistémologie au fondement de la profession. Du point de vue de l'éthique, l'étude des valeurs offre une perspective inédite sur ce qu'est le professionnalisme (Aguilar *et al.*, 2012). En favorisant une pratique basée sur des valeurs (*Value Based Practice [VBP]*), laquelle est considérée comme un complément nécessaire à la pratique probante (*Evidence Based Practice [EBP]*), l'étude des valeurs soutient d'une part la pratique éthique de la profession (Fulford, 2004). D'autre part, en rendant plus saillantes les valeurs en présence, dont celles de l'ergothérapeute (Aguilar *et al.*, 2013), cette étude permet de mesurer l'écart qui se présente parfois entre les valeurs idéales et celles qui sont agissantes au quotidien (Goulet et Drolet, 2017 ; Finlay, 2001 ; Kirsh, 2015). Elle habilite ce faisant l'ergothérapeute à repérer les conflits de valeurs vécus en pratique et facilite la rencontre interculturelle, en dévoilant les biais axiologiques de l'ergothérapeute, étape essentielle à la gestion de tels biais (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2019). Plus encore, elle soutient la réflexion éthique, en mobilisant les valeurs lors des délibérations visant la résolution des enjeux éthiques vécus en pratique (Aguilar *et al.*, 2012 ; Drolet, 2014a).

L'étude des valeurs contribue également à renforcer l'identité professionnelle des ergothérapeutes, en clarifiant ses fondements philosophiques, voire axiologiques (Drolet et Sauvageau, 2016 ; Watson, 2006). Étant donné que l'identité professionnelle de l'ergothérapeute est parfois faible ou ambiguë (Ikiugu et Schultz, 2006 ; Richard, Colvez et Blanchard, 2011), cet aspect ne saurait être négligé. Elle clarifie aussi l'identité éthique des ergothérapeutes et nourrit les idéaux devant orienter la pratique (Drolet, 2014a ; Polatajko, 1992). Ce faisant, elle soutient les activités d'*advocacy* de l'ergothérapeute qui sont parfois nécessaires à l'amélioration des pratiques, des institutions sociales, voire de la société (Kirsh, 2015), ce qui rejoint les justifications éthiques d'un tel champ d'études. Or, pour parvenir à s'engager dans de telles activités, encore faut-il que l'identité professionnelle de l'ergothérapeute soit forte et claire.

D'un point de vue épistémologique, l'étude des valeurs permet d'explicitier les valeurs au fondement des théories et des modèles conceptuels utilisés en ergothérapie, lesquelles demeurent peu visibles et peu explicitées (Hammell, 2009 ; Morel-Bracq, 2009). Or, une telle démarche est essentielle au développement de la profession, car elle permet de porter un regard critique sur les théories, les modèles et les pratiques ergothérapiques (Dige, 2009 ; Drolet, 2014b).

En somme, plusieurs raisons justifient la pertinence d'étudier les valeurs de la profession, voire celles des ergothérapeutes. D'ailleurs, un nombre croissant d'écrits y sont consacrés. La majorité de ceux-ci consistent en des travaux théoriques et plusieurs de ces écrits appartiennent à la littérature grise. De fait, peu d'études empiriques ont documenté les valeurs professionnelles des ergothérapeutes (Drolet, 2014b). À notre connaissance, et comme l'indique le tableau 1, seuls sept articles rapportent des résultats de recherches ayant documenté empiriquement les valeurs d'ergothérapeutes, et

ce, dans quatre pays différents. Les nomenclatures utilisées par les auteurs pour décrire les valeurs professionnelles des ergothérapeutes étant très différentes, leur comparaison s'en trouve ardue. Il s'en dégage néanmoins que les valeurs au fondement de la profession, voire celles prisées par les ergothérapeutes, sont essentiellement altruistes, humanistes et sociales (Drolet, 2014b ; 2017) et généralement liées à la personne, à l'occupation et à l'environnement (Meyer, 2010 ; Townsend et Polatajko, 2013), à tout le moins au sein dudit monde occidental (Iwama, 2006). Enfin, il convient de préciser que la plupart de ces études relevaient d'un paradigme constructiviste et reposaient sur des collectes et des analyses de données qualitatives, un choix cohérent avec le fait que peu de connaissances étaient alors disponibles sur le sujet. Une seule étude exploratoire s'est attachée à quantifier l'importance que des ergothérapeutes accordent à différentes valeurs (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014).

Tableau 1 : synthèse des études empiriques sur les valeurs d'ergothérapeutes

Références	Pays	Participants (n)	Paradigmes de recherche
Aguilar <i>et al.</i> (2012)	Australie	15	Constructiviste
Aguilar <i>et al.</i> (2013)	Australie	68	Constructiviste
Drolet et Désormeaux-Moreau (2014)	Canada	26	Post-positiviste
Drolet et Désormeaux-Moreau (2016)	Canada	26	Constructiviste
Drolet et Désormeaux-Moreau (2019)	Canada	11	Constructiviste
Fondiller <i>et al.</i> (1990)	États-Unis	9	Constructiviste
Richard <i>et al.</i> (2011)	France	27	Constructiviste

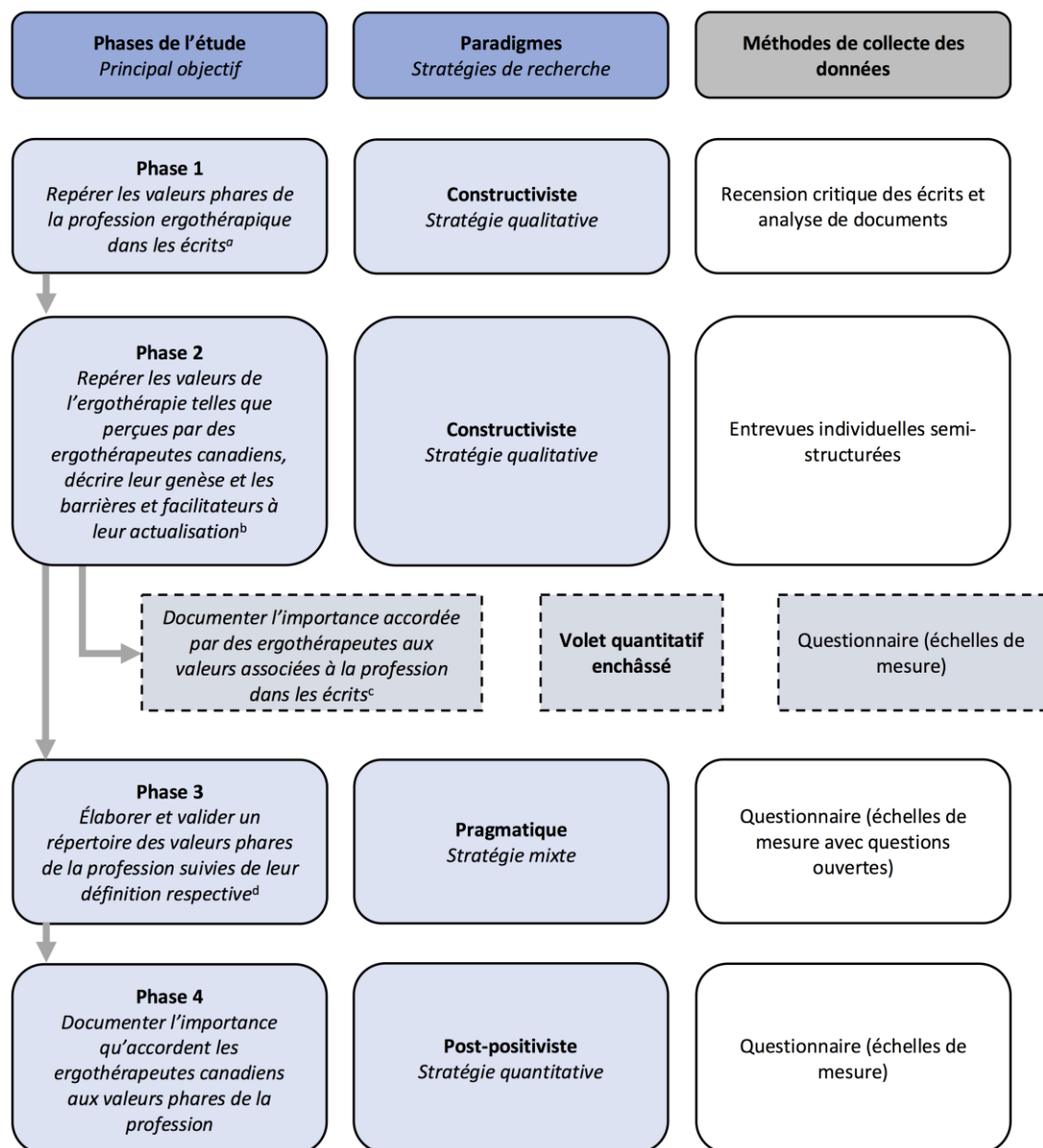
MÉTHODES

La présente étude relève d'une stratégie mixte et s'inscrit dans un devis de recherche séquentiel exploratoire (Hesse-Biber, 2010) qui visait à documenter les valeurs de l'ergothérapie et celles d'ergothérapeutes. Une telle approche s'avérait pertinente pour établir d'abord une base de connaissances sur une thématique jusqu'alors peu explorée (DePoy et Gitlin, 2011). Au moyen de méthodes de collecte et d'analyse de données qualitatives, les deux premières phases de la recherche ont permis de dégager un vocabulaire conceptuellement valide et pertinent (voir la figure 1). Les résultats qualitatifs ainsi obtenus ont alimenté les deux phases subséquentes de l'étude, en soutenant l'élaboration d'un répertoire de valeurs phares de la profession suivies de leur définition respective (phase 3). Ce répertoire a servi d'outil de collecte de données pour quantifier l'importance qu'accordent des ergothérapeutes à ces valeurs (phase 4).

Ayant une visée descriptive (DePoy et Gitlin, 2011), la quatrième phase de la recherche, qui fait l'objet du présent article, avait pour but principal de documenter l'importance qu'accordent les ergothérapeutes canadiens de langue française qui exercent la profession au Québec aux valeurs du répertoire. Il s'agissait également d'explorer l'influence de certaines caractéristiques des participants ou de la clientèle sur l'importance

accordée à ces valeurs. Enfin, un autre objectif consistait à documenter la nature (micro, méso et macro) des barrières et facilitateurs au respect de ces valeurs en pratique ainsi qu'à repérer les cinq valeurs les plus faciles ou les plus difficiles à actualiser au quotidien.

Figure 1 : schématisation des phases de la recherche au sein desquelles s'inscrit l'étude ici rapportée (phase 4)



^a Cette recension a fait l'objet d'une publication (Drolet, 2014b).

^{b,c} Les méthodes et résultats issus de cette phase ont été décrits dans d'autres articles (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014 ; 2016 ; Drolet et Goulet, 2017 ; Drolet et Sauvageau, 2016).

^d La démarche d'élaboration et de validation de contenu du répertoire des valeurs suivies de leur définition a aussi été publiée (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2019).

Participants

Les participants recherchés devaient d'abord être ergothérapeutes. Puisque l'outil de collecte des données avait été validé en français auprès d'ergothérapeutes québécois¹, ils devaient également exercer la profession au Québec² et maîtriser le français. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué. Les participants ont été recrutés suivant un échantillonnage par choix raisonné et par réseau. Le 8 juin 2016, une invitation a été transmise par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) à ses membres (n = 4332) acceptant d'être contactés pour des fins de recherche. Une relance a été effectuée le 22 juin 2016. De plus, les répondants étaient encouragés à transmettre l'invitation aux ergothérapeutes qu'ils estimaient susceptibles de s'intéresser à l'étude. Le questionnaire a été fermé en août 2016.

Considérations éthiques

Une certification éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières, en date du 10 septembre 2013, soit avant d'amorcer la deuxième phase de la recherche. Cette certification a ensuite été renouvelée annuellement, en tenant compte des ajouts.

Collecte des données

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire électronique comprenant trois sections. Dans la première section du questionnaire, les participants devaient quantifier l'importance qu'ils accordent aux 33 valeurs du répertoire élaboré dans le cadre de la troisième phase de la recherche (voir la figure 1). Ce répertoire se présentait concrètement sous la forme d'une série de valeurs, accompagnées de leur définition respective (pour les définitions de ces valeurs et la façon dont les définitions ont été validées, consulter Drolet et Désormeaux-Moreau, 2019). Une échelle de Likert à sept niveaux a été utilisée pour documenter l'importance accordée à chacune des valeurs par les participants : 1- très peu importante ; 2- peu importante ; 3- plus ou moins importante ; 4- plutôt importante ; 5- importante ; 6- très importante ; 7- extrêmement importante. Dans la seconde section du questionnaire, les participants devaient d'abord identifier les cinq valeurs du répertoire qu'ils estiment les plus faciles à actualiser dans leur pratique et les cinq qu'ils considèrent comme les plus difficiles à respecter. Ils devaient ensuite statuer sur la nature (micro, méso ou macro) des principaux facilitateurs et des principales barrières à l'actualisation de ces valeurs en pratique au moyen d'une échelle nominale (voir le tableau 2, qui présente une synthèse des barrières et facilitateurs documentés dans le cadre de la deuxième phase de la recherche [Drolet et Goulet, 2017]).

¹ Le Québec est l'une des 10 provinces canadiennes.

² Au Québec, l'inscription à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec est obligatoire pour porter le titre d'ergothérapeute et exercer les activités professionnelles réservées. Cette inscription doit être renouvelée annuellement.

Enfin, dans la troisième section du questionnaire, les participants devaient répondre à des questions sociodémographiques.

Tableau 2 : facilitateurs et barrières à l'actualisation des valeurs selon leur nature environnementale

Environnement	Facilitateurs	Barrières
Micro	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne collaboration interdisciplinaire • Réflexion personnelle sur ses valeurs • Professionnalisme et humanisme de l'ergothérapeute • Forces des clients • Bon lien thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes, croyances ou valeurs de certains collègues ou clients • Identité professionnelle faible ou ambiguë de l'ergothérapeute
Méso	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines et matérielles en quantité suffisante • Soutien institutionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps ou de ressources • Visions des supérieurs • Valeurs ou politiques institutionnelles
Macro	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques publiques justes et inclusives • Reconnaissance de la profession • Développement scientifique de la profession 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du système de santé • Valeurs sociales • Méconnaissance de la profession

Analyse des données

Les données portant sur l'importance accordée à chacune des valeurs du répertoire ont été soumises à des statistiques descriptives (effectif, pourcentage, score médian et étendue) et des tests non paramétriques. Ces derniers ont été privilégiés compte tenu de la nature des données recueillies (catégorielles pour la plupart) et des distributions fortement asymétriques pouvant s'expliquer par le partage de valeurs communes aux participants. Des corrélations de Spearman ont ainsi été calculées pour vérifier l'association entre l'importance accordée par les participants à chacune des valeurs et leur âge, d'une part, et leur nombre d'années d'expérience professionnelle, d'autre part. Un test de Kruskal-Wallis (Kruskal et Wallis, 1952) a quant à lui été effectué pour comparer l'importance accordée aux valeurs selon : 1) la formation en éthique des participants, 2) le groupe d'âge de la clientèle avec laquelle ces derniers travaillent et 3) la problématique prédominante de cette clientèle. Lorsque le test s'est révélé statistiquement significatif, des comparaisons *post hoc* ont été réalisées (avec correction de Bonferroni pour contrôler l'erreur de type 1) et des tailles d'effet ont été calculées³. En outre, le test de Jonckheere-Terpstra (Jonckheere, 1954) a été réalisé pour tester la présence d'une tendance entre la formation en éthique des participants et l'importance accordée aux valeurs. Enfin, il convient de préciser que le seuil alpha (erreur de type 1) a été fixé à 5 % et

³ Les tailles d'effet pour les comparaisons par paires (*post hoc*) ont été obtenues en calculant $r = z / \sqrt{N}$, où N représente la somme du nombre de participants dans chacun des groupes concernés par ladite comparaison (Field, 2013).

que l'ensemble des analyses a été effectué au moyen du logiciel d'analyses statistiques Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RÉSULTATS

Description des participants

Au total, 327 ergothérapeutes, principalement des femmes, ont pris part à l'étude. Ils exerçaient la profession dans l'une des 17 régions administratives du Québec (à l'exception du Nord-du-Québec), avec un peu plus du tiers d'entre eux travaillant dans la grande région métropolitaine (Montréal). Au moment de leur participation, ils avaient entre quelques mois et 40 années d'expérience professionnelle. La plupart des participants détenaient un diplôme universitaire en ergothérapie acquis dans l'une ou l'autre des cinq universités québécoises offrant la formation menant à l'exercice de la profession. Dix participants détenaient un diplôme en ergothérapie acquis dans une université canadienne située à l'extérieur du Québec (3,06 %) ⁴ et deux participants dans une université étrangère (0,61 %) ⁵. Il convient de préciser que les données concernant le milieu de formation en ergothérapie de 11 participants (3,36 %) se sont avérées erronées ou manquantes. Enfin, que ce soit dans le cadre de leur formation en ergothérapie ou d'un perfectionnement professionnel, la plupart n'avaient aucune formation en éthique ou avaient reçu une formation brève (entre quelques heures et quelques jours) (n = 113 ; 34,56 %). Certains avaient suivi un (n = 88 ; 26,91 %) ou plusieurs (n = 8 ; 2,45 %) cours universitaires consacrés à l'éthique dans le cadre de leur formation d'ergothérapeute, tandis que quelques-uns détenaient un diplôme universitaire en cette discipline (n = 6 ; 1,83 %), obtenu en plus de leurs études en ergothérapie. Le tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques et le profil universitaire des ergothérapeutes.

⁴ Université d'Ottawa (n = 6 ; 1,86 %), Western University (n = 1 ; 0,31 %), University of Toronto (n = 1 ; 0,31 %), McMaster University (n = 1 ; 0,31 %) et Queen's University (n = 1 ; 0,31 %).

⁵ Université hébraïque de Jérusalem (n = 1 ; 0,31 %) et Washington University in St. Louis (n = 1 ; 0,31 %).

Tableau 3 : caractéristiques sociodémographiques et profil universitaire des participants

Caractéristiques	Participants (n = 327) (%)
Âge	
Moyenne (écart-type)	38,56 (10,17)
Étendue	[23-66]
Année(s) d'expérience	
Moyenne (écart-type)	14,56 (9,76)
Étendue	[1-40]
Genre – Nombre de participants (%)	
Femme	309 (94,50)
Pays d'origine – Nombre de participants (%)	
Canada *	320 (97,86)
France	4 (1,22)
États-Unis	2 (0,61)
Espagne	1 (0,31)
Plus haut niveau de scolarité atteint – Nombre de participants (%)	
Baccalauréat (avant 2008, le baccalauréat donnait accès à la formation)	172 (52,60)
Maîtrise (depuis 2008, la maîtrise est requise pour exercer la profession)	128 (39,14)
Diplôme d'études supérieures spécialisées	19 (5,81)
Doctorat	5 (1,53)
Postdoctorat	3 (0,92)

* La plupart étaient natifs du Canada (n = 320 ; 97,9 %), soit du Québec (n = 310 ; 94,8 %), de l'Ontario (n = 7 ; 2,14 %) ou du Nouveau-Brunswick (n = 3 ; 0,9 %).

Les participants avaient une expérience professionnelle variée en termes de rôles et de milieux de pratique. Une majorité exerçaient la profession dans un établissement public de santé (n = 254 ; 77,68 %). Les autres travaillaient soit en pratique libérale (n = 46 ; 14,07 %), pour une institution d'enseignement (n = 20 ; 6,12 %) ou une instance gouvernementale (n = 7 ; 2,14 %). Enfin, 211 participants travaillaient avec une clientèle caucasienne (64,53 %) et 113 avec une clientèle multiculturelle (34,56 %). Le tableau 4 dresse le portrait de la principale clientèle des participants.

Tableau 4 : portrait de la clientèle des participants

Clientèle	Nombre de participants (%)
Groupe d'âge	
Adultes (18-64 ans)	130 (39,76)
Personnes âgées (65 ans et plus)	90 (27,52)
Multiclientèle en proportions égales (p. ex. 50 % d'adultes et 50 % de personnes âgées ou 33 % d'enfants, 33 % d'adolescents et 33 % d'adultes)	57 (17,43)
Enfants et adolescents (0-17 ans)	50 (15,29)
Problématique prédominante	
Santé physique	197 (60,24)
Santé cognitive et neurodiversité (p. ex. démence, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme)	66 (20,18)
Santé mentale ou problème de dépendance	55 (16,82)
Santé publique (p. ex. promotion de la santé/sécurité, prévention des accidents/incidents)	9 (2,75)

Importance accordée par les ergothérapeutes aux valeurs phares de la profession

Importance accordée aux valeurs

L'analyse des données recueillies met en évidence qu'une certaine importance (soit les cotes « extrêmement importante », « très importante », « importante » ou « plutôt importante ») est accordée pour l'ensemble des valeurs du répertoire, et ce, par une majorité d'ergothérapeutes. La dignité humaine est la valeur ayant été cotée « extrêmement importante » par le plus grand nombre d'ergothérapeutes et l'innovation, celle l'ayant été par le plus petit nombre. Parmi les valeurs considérées comme « très peu importantes », 3 comptent parmi les 10 valeurs ayant été jugées « extrêmement importantes » par un plus petit nombre d'ergothérapeutes, soit l'efficacité, la spiritualité et la liberté. Le tableau 5 présente l'importance accordée par les ergothérapeutes à chacune des 33 valeurs du répertoire.

Tableau 5 : importance accordée par les ergothérapeutes aux 33 valeurs du répertoire

Valeurs	Nombre d'ergothérapeutes selon l'importance accordée à chacune des valeurs (%)							
	Importance accordée (médiane)	Extrêmement importante	Très importante	Importante	Plutôt importante	Plus ou moins importante	Peu importante	Très peu importante
Dignité humaine	7	183 (55,96)	100 (30,58)	40 (12,23)	4 (1,22)	—	—	—
Intégrité	7	174 (53,21)	118 (36,09)	32 (9,79)	3 (0,92)	—	—	—
Respect	7	168 (51,38)	131 (40,06)	26 (7,95)	2 (0,61)	—	—	—
Approche centrée sur le client	6	162 (49,54)	126 (38,53)	33 (10,09)	6 (1,83)	—	—	—
Autonomie décisionnelle	6	146 (44,65)	143 (43,73)	35 (10,70)	3 (0,92)	—	—	—
Autonomie fonctionnelle	6	145 (44,34)	138 (42,20)	39 (11,93)	5 (1,53)	—	—	—
Professionnalisme	6	133 (40,67)	139 (42,51)	48 (14,68)	5 (1,53)	—	—	—
Qualité de vie	6	128 (39,14)	138 (42,20)	53 (16,21)	7 (2,14)	1 (0,31)	—	—
Sécurité	6	123 (37,61)	132 (40,37)	54 (16,51)	16 (4,89)	1 (0,31)	1 (0,31)	—
Autonomie professionnelle	6	120 (36,70)	143 (43,73)	57 (17,43)	7 (2,14)	—	—	—
Engagement occupationnel	6	120 (36,70)	141 (43,12)	59 (18,04)	6 (1,83)	1 (0,31)	—	—
Honnêteté	6	118 (36,09)	134 (40,98)	63 (19,27)	11 (3,36)	1 (0,31)	—	—
Confidentialité	6	117 (35,78)	145 (44,34)	53 (16,21)	11 (3,36)	1 (0,31)	—	—
Collaboration	6	112 (34,25)	145 (44,34)	57 (17,43)	10 (3,06)	2 (0,61)	—	1 (0,31)
Empathie	6	112 (34,25)	147 (44,95)	62 (18,96)	6 (1,83)	—	—	—

Tableau 6 : importance accordée par les ergothérapeutes aux 33 valeurs du répertoire (suite)

Valeurs	Nombre d'ergothérapeutes selon l'importance accordée à chacune des valeurs (%)							
	Importance accordée (médiane)	Extrêmement importante	Très importante	Importante	Plutôt importante	Plus ou moins importante	Peu importante	Très peu importante
Approche écologique	6	101 (30,89)	124 (37,92)	80 (24,46)	14 (4,28)	7 (2,14)	1 (0,31)	—
Égalité	6	100 (30,58)	136 (41,59)	72 (22,02)	13 (3,98)	5 (1,53)	—	1 (0,31)
Holisme	6	97 (29,66)	136 (41,59)	79 (24,16)	14 (4,28)	1 (0,31)	—	—
Confiance	6	92 (28,13)	145 (44,34)	77 (23,55)	13 (3,98)	—	—	—
<i>Empowerment</i>	6	91 (27,83)	131 (40,06)	90 (27,52)	13 (3,98)	2 (0,61)	—	—
Pensée critique	6	89 (27,22)	146 (44,65)	79 (24,16)	12 (3,67)	1 (0,31)	—	—
Sollicitude	6	84 (25,69)	114 (34,86)	93 (28,44)	26 (7,95)	7 (2,14)	2 (0,61)	1 (0,31)
Justice occupationnelle	6	73 (22,32)	112 (34,25)	95 (29,05)	40 (12,23)	7 (2,14)	—	—
Liberté	6	62 (18,96)	115 (35,17)	108 (33,03)	36 (11,01)	5 (1,53)	—	1 (0,31)
Justice sociale	6	69 (21,10)	105 (32,11)	117 (35,78)	29 (8,87)	7 (2,14)	—	—
Santé	6	59 (18,04)	133 (40,67)	113 (34,56)	20 (6,12)	2 (0,61)	—	—
Signifiante occupationnelle	6	50 (15,29)	121 (37)	110 (33,64)	37 (11,31)	8 (2,45)	—	—
Pratique réflexive	5	39 (11,93)	109 (33,33)	115 (35,17)	51 (15,60)	11 (3,26)	2 (0,61)	—
Pratique probante	5	36 (11,01)	121 (37)	112 (34,25)	49 (14,98)	7 (2,14)	1 (0,31)	—
Créativité	5	32 (9,79)	112 (34,25)	121 (37)	47 (14,37)	15 (4,59)	—	—
Spiritualité	5	29 (8,87)	98 (29,97)	124 (37,92)	53 (16,21)	18 (5,50)	4 (1,22)	1 (0,31)
Efficiencia	5	27 (8,26)	74 (22,63)	114 (34,86)	75 (22,94)	29 (8,87)	5 (1,53)	3 (0,92)
Innovation	5	22 (6,73)	82 (25,08)	134 (40,98)	71 (21,71)	17 (5,20)	1 (0,31)	—

Enfin, les valeurs se sont vu attribuer la cote « extrêmement importante » par au moins 22 des 327 participants, tandis que six d'entre elles ont été cotées « très peu importantes » par au plus 3 participants (voir le tableau 6).

Tableau 7 : répartition de l'importance accordée par les ergothérapeutes à chacune des 33 valeurs du répertoire

Importance accordée	Nombre de valeurs pour lesquelles cette cote a été accordée par au moins un participant (%) (n = 33)	Nombre de participants ayant accordé cette cote à l'une ou l'autre des valeurs (étendue) (n = 327)
Extrêmement importante	33	[22-183]
Très importante	33	[74-147]
Importante	33	[26-134]
Plutôt importante	33	[2-75]
Plus ou moins importante	23 (69,70)	[0-29]
Peu importante	8 (22,00)	[0-5]
Très peu importante	6 (18, 18)	[0-3]

Importance accordée aux valeurs : associations

Une faible⁶ corrélation positive s'est révélée statistiquement significative entre l'âge des ergothérapeutes et l'importance accordée à une seule des 33 valeurs, soit la spiritualité ($r_s = 0,23$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,001$). De très faibles corrélations positives se sont avérées statistiquement significatives entre l'âge des ergothérapeutes et l'importance accordée aux valeurs suivantes : l'autonomie fonctionnelle ($r_s = 0,17$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,002$), la créativité ($r_s = 0,12$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,027$), la dignité humaine ($r_s = 0,15$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,005$), l'honnêteté ($r_s = 0,11$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,043$) et l'innovation ($r_s = 0,15$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,005$). Aucune corrélation négative n'a été observée entre l'importance accordée aux valeurs par les ergothérapeutes et l'âge de ces derniers.

De façon similaire, une faible corrélation positive statistiquement significative a été relevée entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et l'importance accordée à la spiritualité ($r_s = 0,23$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,001$). De très faibles corrélations positives se sont avérées statistiquement significatives entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et l'importance accordée aux valeurs suivantes : l'autonomie décisionnelle ($r_s = 0,13$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,020$), la créativité ($r_s = 0,12$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,031$), la dignité humaine ($r_s = 0,15$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,008$) et l'innovation ($r_s = 0,16$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,004$). Enfin, une très faible corrélation négative statistiquement significative est ressortie entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et l'importance accordée à la qualité de vie ($r_s = 0,12$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,037$).

⁶ L'interprétation des corrélations s'appuie sur les tailles d'effet conventionnelles de Cohen, soit faible (0,2), modérée (0,5) et forte (0,8) (Cohen, 1988).

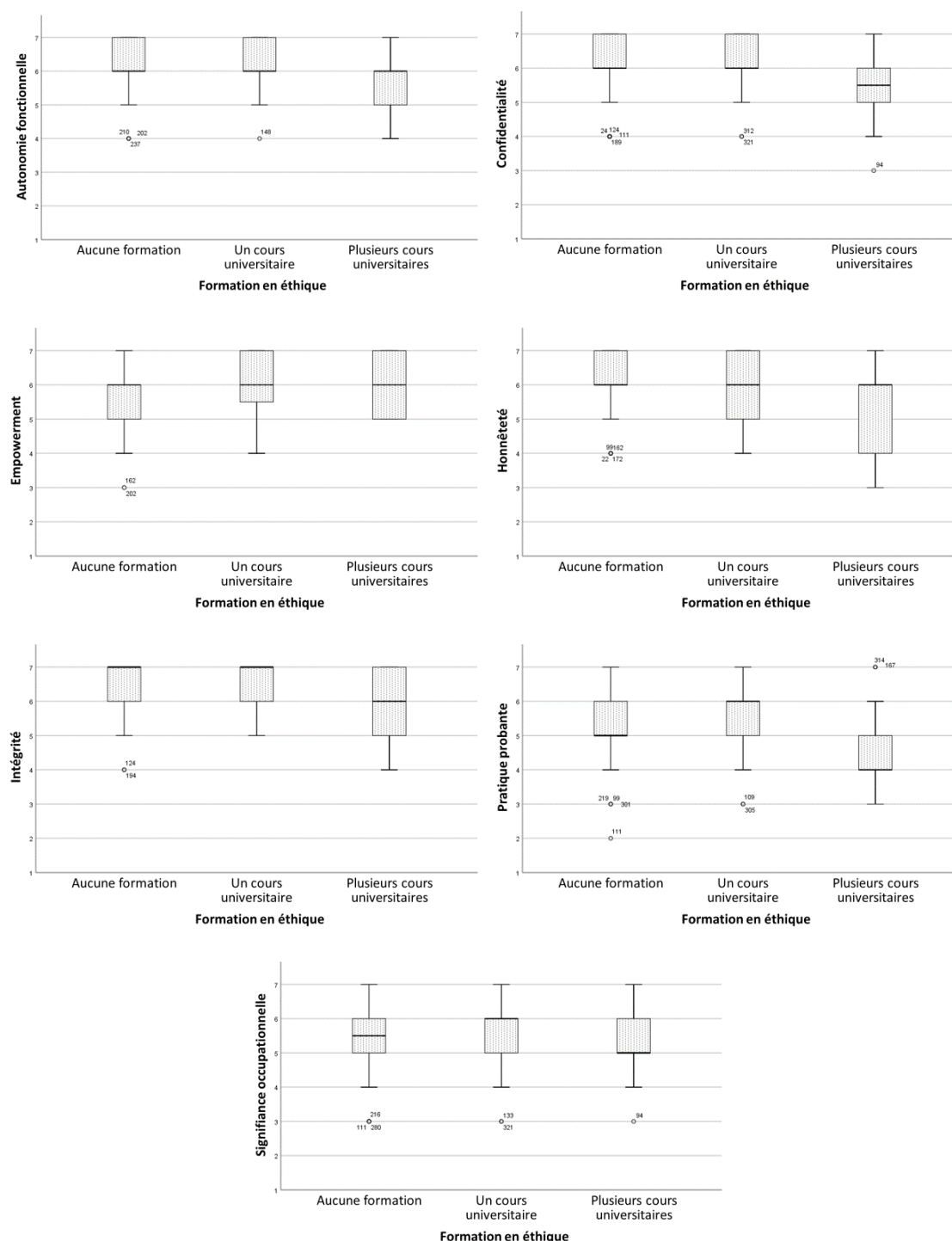
Importance accordée aux valeurs : comparaisons de groupes

Les comparaisons de groupes ont permis de dégager des différences statistiquement significatives entre l'importance accordée par les ergothérapeutes à certaines des valeurs du répertoire et trois des variables testées (formation en éthique ainsi que groupe d'âge et principale problématique de la clientèle). L'importance accordée à sept valeurs s'est avérée influencée de façon statistiquement significative par la formation en éthique des ergothérapeutes (voir le tableau 7). La figure 2 permet de visualiser la médiane, l'intervalle interquartile ainsi que les valeurs maximales et minimales associées à ces résultats (voir le tableau 8 pour la signification statistique et les tailles d'effet).

Tableau 8 : importance accordée selon la formation en éthique des participants

Variables	Formation en éthique de participants (n = 327)			Statistiques
	Aucune (n = 225 ; 68,81 %)	Un cours universitaire (n = 88 ; 26,91 %)	Plusieurs cours universitaires, voire un diplôme (n = 14 ; 4,28 %)	
Autonomie fonctionnelle	6 (165,55)	6 (169,12)	6 (106,86)	H(2) = 6,500 $p_{\text{bilatéral}} = 0,039$
Confidentialité	6 (166,71)	6 (167,27)	5,5 (99,93)	H(2) = 7,789 $p_{\text{bilatéral}} = 0,020$
Empowerment	6 (154,81)	6 (186,35)	6 (171,14)	H(2) = 7,975 $p_{\text{bilatéral}} = 0,019$
Honnêteté	6 (172,69)	6 (149,36)	6 (116,29)	H(2) = 8,640 $p_{\text{bilatéral}} = 0,013$
Intégrité	7 (161,95)	7 (176,47)	6 (118,61)	H(2) = 6,068 $p_{\text{bilatéral}} = 0,048$
Pratique probante	5 (162,17)	6 (177,05)	4 (99,68)	H(2) = 9,167 $p_{\text{bilatéral}} = 0,010$
Signifiante occupationnelle	5,5 (157,71)	6 (182,64)	5 (135,75)	H(2) = 6,282 $p_{\text{bilatéral}} = 0,043$

Figure 2 : comparaisons de groupes pour les valeurs où le fait de détenir une formation en éthique influence de façon statistiquement significative l'importance accordée ⁷



⁷ La longueur verticale de la boîte à moustache représente l'intervalle interquartile ; la ligne centrale représente les valeurs médianes ; les extrémités des moustaches représentent les valeurs qui, à l'intérieur de 1,5 boîte, sont les plus éloignées de la distribution, tandis que les points extérieurs à la boîte représentent des valeurs éloignées. Voir les tableaux 7 et 8 pour les inférences statistiques.

Tableau 9 : signification statistique et tailles d'effet associées aux comparaisons par paires réalisées pour les valeurs où une différence statistiquement significative de l'importance accordée a été observée selon la formation en éthique

Variables	Aucune formation en éthique vs un cours universitaire	Aucune formation en éthique vs plusieurs cours universitaires, voire un diplôme	Un cours universitaire vs plusieurs cours universitaires, voire un diplôme
Autonomie fonctionnelle	$p = 1,00$ $r = -0,019$	$p = 0,041^+$ $r = -0,146$	$p = 0,037^+$ $r = -0,25^*$
Confidentialité	$p = 1,00$ $r = -0,003$	$p = 0,017^+$ $r = -0,18$	$p = 0,023^+$ $r = -0,26^*$
Empowerment	$p = 0,015^+$ $r = -0,16$	$p = 1,00$ $r = -0,043$	$p = 1,00$ $r = -0,059$
Honnêteté	$p = 0,11$ $r = -0,12$	$p = 0,062$ $r = -0,15$	$p = 0,58$ $r = -0,13$
Intégrité	$p = 0,52$ $r = -0,077$	$p = 0,19$ $r = -0,12$	$p = 0,053$ $r = -0,24^*$
Pratique probante	$p = 0,56$ $r = -0,075$	$p = 0,034^+$ $r = -0,16$	$p = 0,008^+$ $r = -0,30^*$
Signifiante occupationnelle	$p = 0,081$ $r = -0,12$	$p = 1,00$ $r = -0,058$	$p = 0,21$ $r = -0,18$

^a Les comparaisons de groupes statistiquement significatives sont identifiées au moyen d'un $^+$.

^b Les tailles d'effet positives indiquent que la première valeur médiane est plus grande que la seconde ; les tailles d'effet négatives indiquent le contraire. Par exemple, dans le cadre des comparaisons menées à partir de l'importance accordée à l'autonomie fonctionnelle, une taille d'effet négative montre que la médiane du groupe composé des ergothérapeutes ne détenant aucune formation en éthique < que la médiane du groupe composé des ergothérapeutes ayant suivi un cours universitaire sur le sujet.

^c Quatre tailles d'effet faibles ont été obtenues et sont désignées au moyen d'un * . Les autres sont très faibles (c'est-à-dire < 2).

Les résultats font par ailleurs ressortir que l'importance accordée à six valeurs s'est avérée influencée de façon statistiquement significative par le groupe d'âge de la clientèle (voir le tableau 9). La figure 3 situe visuellement les différences observées selon les groupes d'âge qui caractérisent les clientèles avec lesquelles travaillent les ergothérapeutes, tandis que le tableau 10 présente la signification statistique et les tailles d'effet des comparaisons par paires.

Enfin, il se dégage des résultats que la nature de la problématique prédominante de la clientèle avec laquelle travaillent les ergothérapeutes influence de façon statistiquement significative l'importance accordée à sept valeurs (voir le tableau 11). La figure 4 illustre les différences observées selon les groupes, tandis que le tableau 12 présente la signification statistique et les tailles d'effet des comparaisons par paires.

Tableau 10 : valeurs où une différence statistiquement significative de l'importance accordée par les ergothérapeutes a été observée selon le groupe d'âge de la clientèle

Variables	Groupe d'âge de la clientèle avec laquelle travaillent les participants (n = 270)			Statistiques
	Enfants / Adolescents (n = 50 ; 18,52 %)	Adultes (n = 130 ; 48,15 %)	Aînés (n = 90 ; 33,33 %)	
Approche écologique	6 (151,59)	6 (140,15)	6 (119,85)	$H(2) = 6,85$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,033$
Autonomie fonctionnelle	7 (151,93)	6 (140,92)	6 (118,54)	$H(2) = 8,43$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,015$
Confiance	6 (118,63)	6 (149,40)	6 (124,79)	$H(2) = 9,32$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,009$
Empowerment	6 (139,56)	6 (150,38)	6 (111,74)	$H(2) = 14,77$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,001$
Santé	6 (147,68)	6 (141,85)	6 (119,56)	$H(2) = 6,61$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,037$
Sécurité	6 (149,40)	6 (141,43)	6 (119,22)	$H(2) = 7,19$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,027$

Les données sont exprimées en médiane (rang médian).

Tableau 11 : signification statistique et tailles d'effet associées aux comparaisons par paires réalisées pour les valeurs où une différence statistiquement significative a été observée selon le groupe d'âge de la clientèle

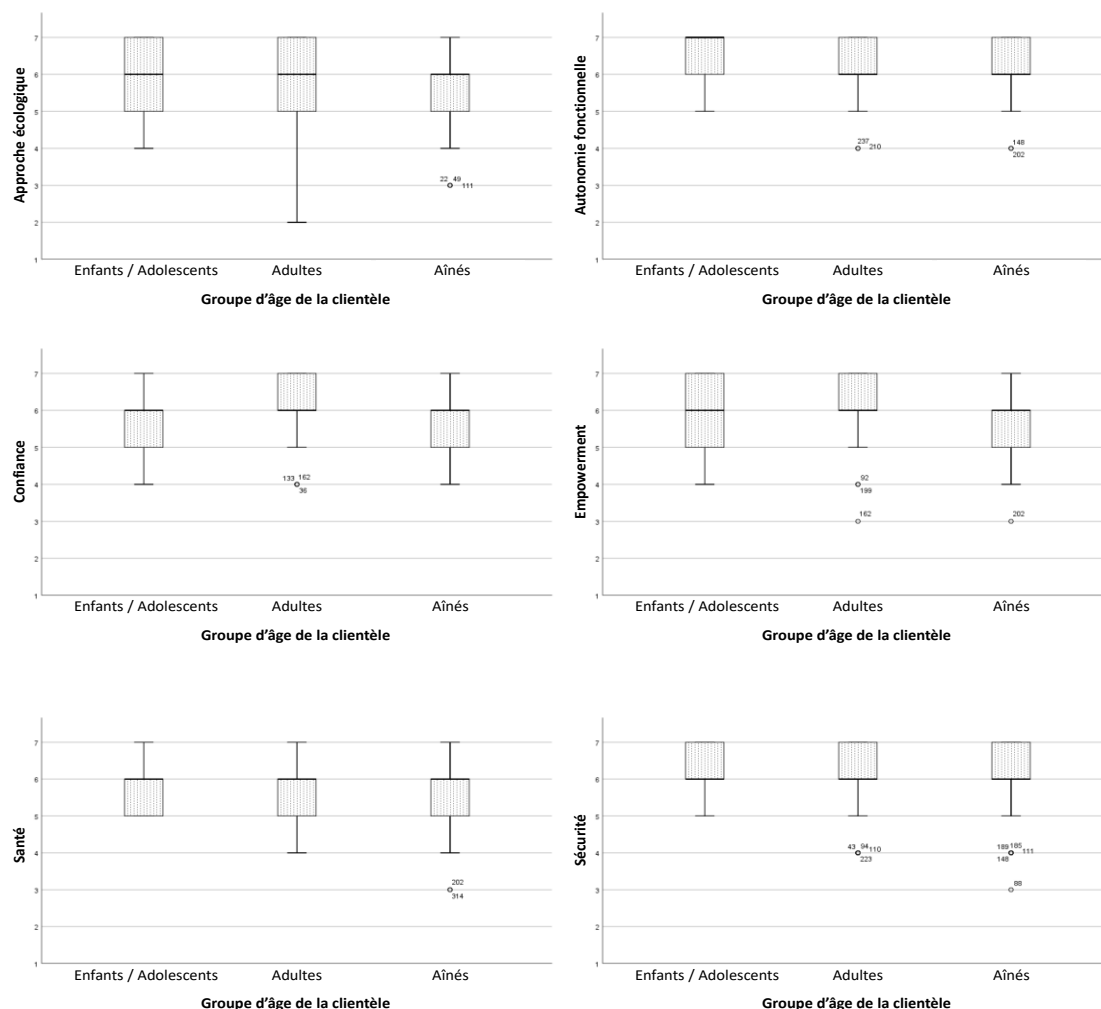
Variables	Enfants / Adolescents vs Adultes	Enfants / Adolescents vs Aînés	Adultes vs Aînés
Approche écologique	$p = 1,000$ $r = -0,069$	$p = 0,046^{\dagger}$ $r = -0,20^*$	$p = 0,140$ $r = -0,13$
Autonomie fonctionnelle	$p = 1,000$ $r = -0,069$	$p = 0,025^{\dagger}$ $r = -0,22^*$	$p = 0,680$ $r = -0,150$
Confiance	$p = 0,034^{\dagger}$ $r = -0,19$	$p = 1,000$ $r = -0,041$	$p = 0,042^{\dagger}$ $r = -0,17$
Empowerment	$p = 1,000$ $r = -0,066$	$p = 0,098$ $r = -0,180$	$p < 0,001^{\dagger}$ $r = -0,26^*$
Santé	$p = 1,000$ $r = 0,036$	$p = 0,089$ $r = -0,18$	$p = 0,080$ $r = -0,150$
Sécurité	$p = 1,000$ $r = -0,049$	$p = 0,056$ $r = -0,20^*$	$p = 0,078$ $r = -0,150$

^a Les comparaisons de groupes qui se sont avérées statistiquement significatives sont identifiées au moyen d'un[†].

^b Les tailles d'effet positives indiquent que la première valeur médiane est plus grande que la seconde ; les tailles d'effet négatives indiquent le contraire.

^c Quatre tailles d'effet faibles ont été obtenues et sont désignées au moyen d'un *. Les autres sont toutes très faibles (c'est à dire < 2).

Figure 3 : comparaisons de groupes pour les valeurs où le groupe d'âge de la clientèle avec laquelle travaillent les ergothérapeutes influence de façon statistiquement significative l'importance accordée



Barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs

Questionnés sur l'actualisation des valeurs phares de la profession dans leur pratique, une grande proportion des ergothérapeutes ont identifié la pratique probante comme la plus difficile à actualiser, suivie de l'innovation, de l'efficacité, de la justice sociale et de la justice occupationnelle. Les barrières les plus fréquemment rencontrées par les ergothérapeutes relèvent de leur milieu (méso-environnement) ($n = 212$; 64,83 %) ou de la société (macro-environnement) ($n = 81$; 24,77 %). À l'inverse, une large proportion des ergothérapeutes a indiqué que l'empathie est la valeur la plus facile à actualiser, suivie de l'approche centrée sur le client, du respect, de la collaboration et de l'honnêteté. Les facilitateurs à l'actualisation de ces valeurs relèvent essentiellement des personnes et de leurs interactions, donc du micro-environnement ($n = 289$; 88,38 %). La figure 5 présente le nombre de participants ayant jugé chacune des 33 valeurs du répertoire comme facile ou difficile à actualiser au quotidien.

Tableau 12 : valeurs pour lesquelles une différence statistiquement significative de l'importance accordée par les ergothérapeutes a été observée selon la nature de la problématique prédominante de la clientèle

Variables	Nature de la problématique prédominante de la clientèle (n = 318)			Statistiques
	Santé cognitive et neurodiversité (n = 66 ; 20,75 %)	Santé mentale (n = 55 ; 17,30 %)	Santé physique (n = 197 ; 61,95 %)	
Confiance	6 (145,27)	6 (193,80)	6 (154,69)	$H(2) = 11,13$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,004$
Empathie	6 (147,39)	7 (200,25)	6 (152,18)	$H(2) = 15,279$ $p_{\text{bilatéral}} < 0,001$
Empowerment	6 (149,17)	6 (197,22)	6 (152,43)	$H(2) = 12,590$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,002$
Innovation	5 (161,69)	5 (184,79)	5 (151,71)	$H(2) = 6,195$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,045$
Qualité de vie	6 (172,68)	7 (182,71)	6 (148,60)	$H(2) = 8,85$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,012$
Spiritualité	5 (150,69)	6 (188,24)	5 (154,43)	$H(2) = 7,208$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,027$
Signifiante occupationnelle	6 (166,63)	6 (198,62)	5 (145,31)	$H(2) = 16,668$ $p_{\text{bilatéral}} < 0,001$

Les données sont exprimées en médiane (rang médian).

Tableau 13 : signification statistique et tailles d'effet associées aux comparaisons par paires réalisées pour les valeurs où une différence statistiquement significative a été observée selon la nature de la problématique prédominante de la clientèle

Variables	Santé cognitive et neurodiversité vs Santé mentale	Santé cognitive et neurodiversité vs Santé physique	Santé mentale vs Santé physique
Confiance	$p = 0,006^{\dagger}$ $r = -0,28^*$	$p = -1,000$ $r = -0,047$	$p = 0,009^{\dagger}$ $r = -0,19$
Empathie	$p = 0,002^{\dagger}$ $r = -0,31^*$	$p = 1,000$ $r = -0,025$	$p = 0,001^{\dagger}$ $r = -0,23^*$
Empowerment	$p = 0,007^{\dagger}$ $r = -0,28^*$	$p = 1,000$ $r = -0,016$	$p = 0,002^{\dagger}$ $r = -0,21^*$
Innovation	$p = 0,445$ $r = -0,13$	$p = 1,000$ $r = -0,049$	$p = 0,040^{\dagger}$ $r = -0,16$
Qualité de vie	$p = 1,000$ $r = -0,058$	$p = 0,142$ $r = -0,12$	$p = 0,026^{\dagger}$ $r = -0,17$
Spiritualité	$p = 0,058$ $r = -0,21^*$	$p = 1,000$ $r = -0,018$	$p = 0,035^{\dagger}$ $r = -0,16$
Signifiante occupationnelle	$p = 0,134$ $r = -0,18$	$p = 0,258$ $r = -0,11$	$p < 0,001^{\dagger}$ $r = -0,25^*$

^a Les comparaisons de groupes qui se sont avérées statistiquement significatives sont identifiées au moyen d'un † .

^b Les tailles d'effet positives indiquent que la première valeur médiane est plus grande que la seconde ; les tailles d'effet négatives indiquent le contraire.

^c Sept tailles d'effet faibles ont été obtenues et sont désignées au moyen d'un *. Les autres sont très faibles (c'est à dire < 2).

Figure 4 : comparaisons de groupes pour les valeurs où la nature de la problématique prédominante de la clientèle influence de façon statistiquement significative l'importance accordée

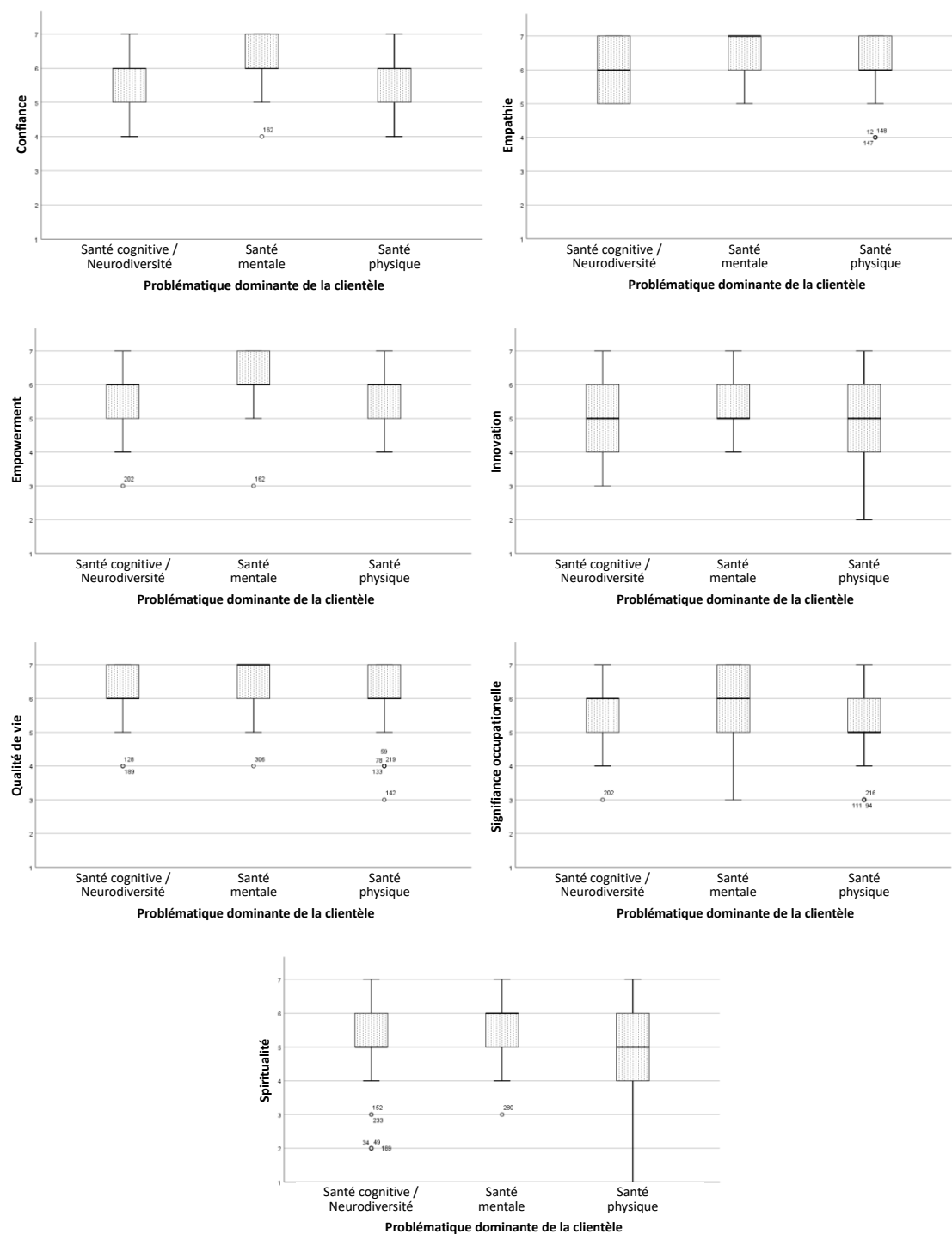
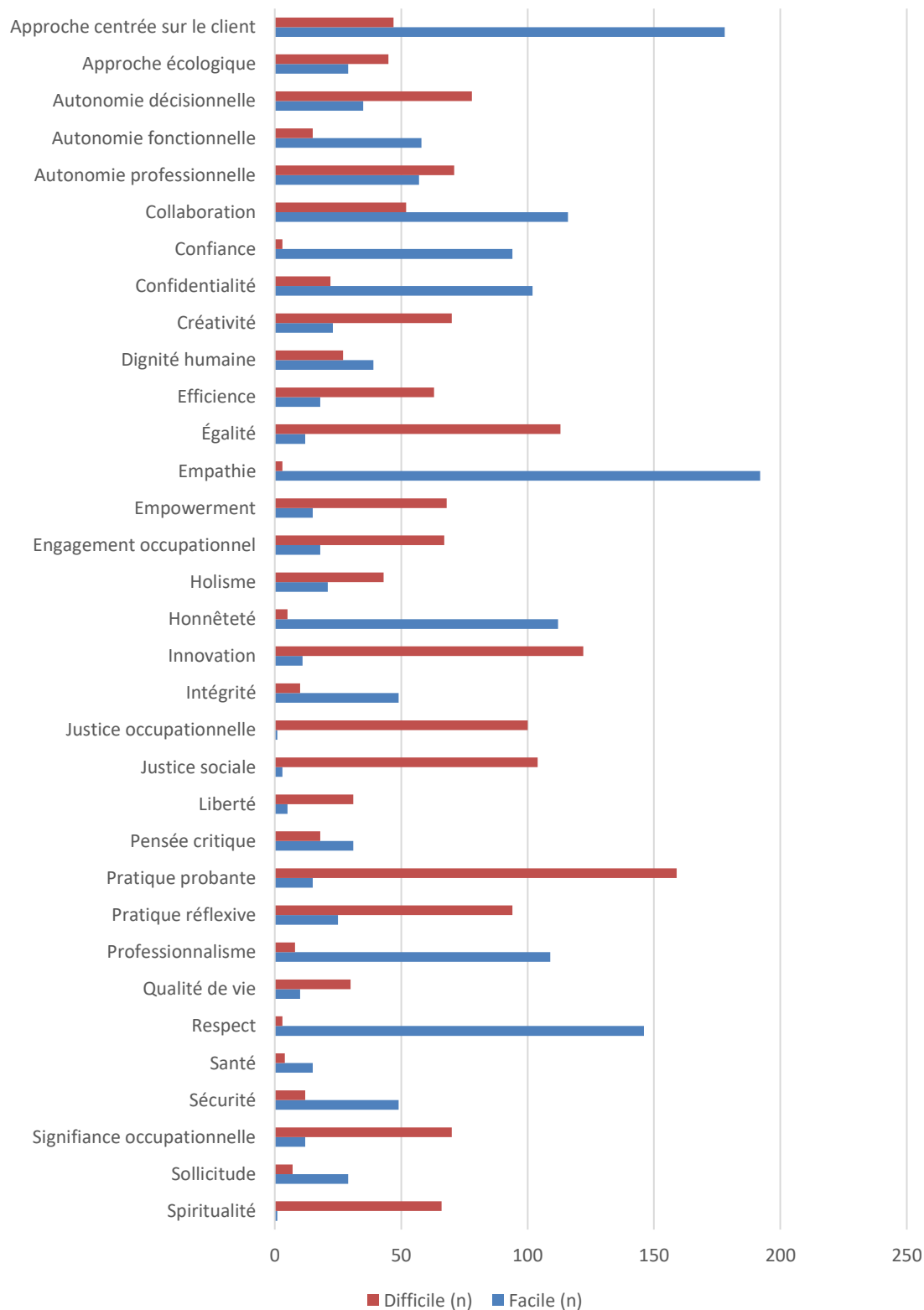


Figure 5 : nombre d'ergothérapeutes ayant jugé chacune des valeurs comme facile ou difficile à actualiser



DISCUSSION

Deux principaux constats se dégagent des résultats de cette étude qui visait à documenter l'importance accordée par des ergothérapeutes québécois à des valeurs phares de la profession, à explorer l'association entre cette importance et diverses variables ainsi qu'à identifier les barrières et facilitateurs au respect de celles-ci en pratique. Le premier constat est que l'importance accordée par les ergothérapeutes aux valeurs semble liée à la facilité qu'ont ces derniers à les respecter en pratique, tandis que le second témoigne du fait que des caractéristiques de la clientèle et de l'ergothérapeute modulent l'importance accordée aux valeurs. Cette section discute de ces constats, tout en établissant, lorsque possible, des comparaisons avec les écrits, avant de décrire les forces et les limites de l'étude.

Importance accordée aux valeurs et facilité à les actualiser

Il ressort des résultats que les valeurs perçues comme faciles à actualiser au quotidien tendent à être davantage valorisées que celles qui sont estimées difficiles à respecter. Ce constat peut être a priori surprenant. En effet, on aurait pu s'attendre à ce qu'une valeur soit estimée en raison de sa valeur intrinsèque, c'est-à-dire de son inhérente pertinence éthique. Or, les résultats attestent plutôt que les ergothérapeutes ont tendance à valoriser davantage les valeurs qu'ils parviennent à actualiser en pratique.

Ainsi, les 7 valeurs considérées comme les plus faciles à actualiser (empathie, approche centrée sur le client, respect, collaboration, honnêteté, professionnalisme et confidentialité) comptent parmi les 15 valeurs les plus estimées par la plus grande proportion d'ergothérapeutes. Dans la même veine, les trois valeurs les plus estimées par le plus grand nombre d'ergothérapeutes (dignité, intégrité et respect) sont des valeurs génériques (c'est-à-dire non spécifiques à l'ergothérapie) qui sont considérées comme faciles à actualiser en pratique par les ergothérapeutes. Ayant comme point de mire le respect d'autrui (en l'occurrence des clients, collègues ou partenaires) et de sa dignité ainsi que le respect de sa propre intégrité comme thérapeute, ces valeurs représentent des atouts relationnels non négligeables pour un professionnel de la relation d'aide et constituent en ce sens un socle de valeurs communes pertinent pour l'établissement de relations interpersonnelles empreintes d'humanité et d'égard. Un tel résultat n'est pas surprenant et se révèle globalement cohérent tant avec les conclusions d'études qualitatives menées auprès d'ergothérapeutes australiens (Aguilar *et al.*, 2012 ; 2013) et états-uniens (Fondiller, Rosage et Neuhaus, 1990), qu'avec les résultats issus de l'étude exploratoire (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014) menée dans le cadre de la deuxième phase de la recherche. À l'inverse, les 6 valeurs estimées comme les plus difficiles à actualiser par la plus grande proportion de participants (l'innovation, l'efficacité, la justice occupationnelle, la justice sociale, la pratique probante et la pratique réflexive) font partie des valeurs considérées comme extrêmement importantes ou très importantes seulement par une minorité d'entre eux. La difficulté à actualiser en pratique des valeurs semble donc influencer l'importance qui leur est accordée, comme si à force de rencontrer des barrières à leur actualisation, les ergothérapeutes en venaient à préférer des valeurs sur lesquelles ils ont davantage de contrôle. Dans le contexte actuel où les

milieux de pratique québécois reposent essentiellement sur des modes managériaux néolibéraux qui valorisent la productivité, la compétitivité entre les établissements et la reddition de compte (Baillargeon, 2017 ; Bourque, 2007 ; Carrier *et al.*, 2016), il appert que les ergothérapeutes font tout ce qui est en leur pouvoir pour réaliser leur travail au mieux avec les connaissances et compétences qui sont les leurs. Cela dit, les tensions entre les fondements axiologiques de la profession et les modèles biomédicaux, de même qu'entre ces fondements et les attentes de résultats concrets et rapides que promeuvent ces modes managériaux (alors que les services ergothérapeutiques et leurs retombées sont bien souvent invisibles, c'est-à-dire qu'ils sont visuellement non perceptibles [Takashima et Saeki, 2013]), peuvent expliquer pourquoi les ergothérapeutes en viennent à privilégier des valeurs génériques.

Les cas de la justice sociale et de la justice occupationnelle, qui ne sont considérées comme des valeurs importantes que par peu de participants et sur lesquelles ils estiment avoir peu de capacités d'action, soulèvent de préoccupants questionnements, dans un contexte où une vision sociale de la profession, valorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap ou qui présentent des conditions chroniques, semble appelée à prendre de plus en plus de place en ergothérapie (Barbara et Curtin, 2008 ; Hammell et Iwama, 2012 ; Kirsh, 2015 ; Townsend, 1993). Ce résultat rejoint néanmoins un des constats d'Aguilar et ses collaborateurs (2013) selon lequel bien que maints ergothérapeutes australiens considèrent qu'il est important de défendre les droits occupationnels des clients, peu d'entre eux estiment qu'il est de leur ressort d'entreprendre des activités d'*advocacy* systémique qui sortent du cadre traditionnel de la clinique (comme dénoncer sur la place publique les injustices occupationnelles, faire de l'activisme politique pour soutenir la mise en place de sociétés justes et inclusives ou influencer les décideurs pour modifier des politiques ou pratiques iniques).

Certains résultats relatifs à l'importance attribuée à certaines valeurs nous sont apparus surprenants et méritent d'être plus longuement discutés. Les paragraphes suivants effectuent un retour sur ces valeurs.

Signifiante occupationnelle : le parent pauvre des valeurs occupationnelles

Étonnamment, la signifiante occupationnelle fait partie des valeurs qui se situent en queue de peloton. Elle est située au 27^e rang sur 33, pas très loin derrière la justice occupationnelle. Il est surprenant que la signifiante occupationnelle ne soit pas considérée comme extrêmement importante ou très importante par une plus grande proportion d'ergothérapeutes, à la différence de ce qui était ressorti à ce sujet dans l'étude exploratoire (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014) menée à la phase 2. Ce résultat est d'autant plus surprenant que des études antérieures insistent sur la valorisation par l'ergothérapeute du sens que les clients donnent à leurs occupations (Aguilar *et al.*, 2012 ; Fondiller *et al.*, 1990), sans toutefois préciser le degré d'importance accordé à cette valeur. Considérant qu'une proportion marquée de participants considèrent l'autonomie décisionnelle et l'approche centrée sur le client comme extrêmement ou très importantes, on se serait attendu à ce qu'une proportion équivalente d'ergothérapeutes considère la signifiante occupationnelle comme aussi importante. La valorisation de l'autonomie décisionnelle et de l'approche centrée sur le client ne va-t-elle pas de pair avec la

valorisation de la signifiante occupationnelle ? Respecter l'autonomie décisionnelle et adopter l'approche centrée sur les clients ne nécessite-t-il pas d'accorder de l'importance au sens que donnent les clients à leurs occupations ? Si tel est bel et bien le cas, comment interpréter ce résultat ? Pour y parvenir, il faut examiner le degré de difficulté à actualiser cette valeur rencontré par les ergothérapeutes. La signifiante occupationnelle fait partie des valeurs considérées comme difficiles à actualiser par la plus grande proportion de participants. Il est vrai que les pressions de performance rencontrées par les ergothérapeutes québécois leur laissent peu de temps pour explorer en profondeur les aspects plus existentiels de la vie des clients (Drolet et Goulet, 2017) auxquels renvoie la signifiante occupationnelle. Ainsi, le contexte actuel lié à une gestion néolibérale des soins offre peu d'opportunités pour actualiser au quotidien cette valeur, ce qui semble influencer négativement l'importance qu'y accordent les ergothérapeutes. Par ailleurs, l'organisation des soins et des services fait que le mandat des ergothérapeutes doit généralement tendre vers l'amélioration de l'autonomie et du rendement dans des occupations inhérentes à la productivité ainsi qu'aux soins personnels, indépendamment de ce que valoriserait les clients.

Santé et sécurité humaines : le paradoxe identitaire de l'ergothérapeute

Les résultats révèlent que la santé fait partie des valeurs les moins valorisées par la plus grande proportion de participants. Ce résultat peut à première vue paraître étonnant étant donné que l'ergothérapeute est traditionnellement considéré comme un professionnel de la santé et qu'un des postulats de la profession est que l'occupation contribue à la santé. Cela dit, l'ergothérapeute n'a pas d'outils cliniques ciblant spécifiquement la santé et ses modalités d'intervention concernent plutôt l'habilitation aux occupations ainsi que les adaptations visant à permettre la réalisation des activités de la vie quotidienne, familiale, productive et de loisirs. De façon cohérente avec ce rôle spécifique, les résultats attestent que les participants valorisent grandement l'autonomie et l'engagement occupationnel, et la santé, comme valeur, disparaîtrait donc derrière les deux premières. Ce résultat s'avère également cohérent avec le fait que maintes occupations humaines sont susceptibles de nuire à la santé (alimentation rapide, cyberdépendance, loisirs dangereux, sédentarité, tabagisme, travail, etc.), ce qui justifie de nuancer l'association traditionnelle de la profession avec la santé (Drolet, 2017).

Par ailleurs, l'ergothérapeute peut parfois être amené à habiliter un client à réaliser une activité en dépit des risques que celle-ci pose pour sa sécurité (par exemple, occuper un emploi lié à des risques de blessures). Cela dit, une proportion somme toute importante de participants considère la sécurité comme extrêmement importante ou très importante et celle-ci fait partie des valeurs les plus valorisées par une grande proportion des participants, et ce, davantage que toutes les valeurs occupationnelles comprises dans le répertoire. Un tel résultat est non seulement inédit, mais également surprenant, car l'importance de la sécurité n'a pas émergé de plusieurs études antérieures (Aguilar *et al.*, 2012 ; Fondiller *et al.*, 1990 ; Richard *et al.*, 2011). Seule l'étude d'Aguilar et ses collaborateurs (2013) atteste que la sécurité est considérée comme essentielle à la pratique ergothérapique en Australie. Notre étude exploratoire avait, pour sa part, noté une valorisation moins importante de la sécurité (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014). La sécurité étant grandement valorisée de nos jours, l'ergothérapeute évolue

souvent dans des milieux qui la valorisent de manière importante. Il semble donc que l'ergothérapeute fasse montre d'adaptabilité à son environnement (Richard *et al.*, 2011) et qu'il tende à valoriser cette valeur qui est estimée par ses pairs. Cela dit, des études révèlent que des ergothérapeutes vivent souvent des dilemmes éthiques qui opposent la sécurité à l'autonomie et que plusieurs ergothérapeutes considèrent qu'il est difficile de défendre l'autonomie au sein de milieux démontrant une faible tolérance au risque (Drolet et Maclure, 2016).

Relevons, enfin, que les résultats de la présente étude relatifs aux barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs rejoignent ceux d'une autre étude menée par Drolet et Goulet (2017) qui attestent que les principales barrières à l'actualisation des valeurs sont de nature méso et macro-environnementale, alors que les principaux facilitateurs sont de nature micro-environnementale (voir le tableau 2). Les ergothérapeutes rencontrent donc plusieurs barrières institutionnelles ou sociales qui limitent leur capacité à actualiser les valeurs, ces idéaux éthiques qui articulent des conceptions du souhaitable (Drolet, 2014a ; 2014b). Que ce soit le manque de temps et de ressources ou encore les valeurs et les pratiques managériales néolibérales dominantes (Baillargeon, 2017 ; Bourque, 2007 ; Carrier *et al.*, 2016 ; Durocher *et al.*, 2016), ces barrières sont susceptibles d'affecter négativement le bien-être au travail de l'ergothérapeute et de moduler l'importance qu'il accorde aux valeurs désirables. Pour surmonter ces barrières, l'ergothérapeute a tendance à mobiliser des modalités de nature micro-environnementale, c'est-à-dire relatives aux forces des personnes et à leurs interactions (Drolet et Goulet, 2017). Or, ces modalités ne parviennent pas toujours à régler à la source les problèmes rencontrés, mettant l'ergothérapeute à risque d'aliénation occupationnelle, voire d'épuisement professionnel (Durocher *et al.*, 2016 ; Drolet et Goulet, 2017). Pour éviter de telles situations, l'ergothérapeute gagnerait à s'engager dans des activités d'*advocacy* systémique pour résoudre les enjeux éthiques ayant des dimensions systémiques (Drolet *et al.*, sous presse). De telles actions sont d'autant plus pertinentes que des barrières organisationnelles (p. ex. les modes managériaux néolibéraux) et sociétales (p. ex. la survalorisation du travail et de la sécurité ainsi que la sous-valorisation des aînés) limitent parfois la capacité de l'ergothérapeute à respecter certaines valeurs professionnelles qu'il estime importantes. L'engagement de l'ergothérapeute dans le rôle politique d'agent de changement social inhérent à sa pratique, et ce, en collaboration avec divers partenaires, pourrait en ce sens lui permettre de contribuer à la modification de pratiques organisationnelles ou de politiques sociales nuisant à une pratique éthique de la profession (Drolet, Lalancette et Caty, 2019).

Influence des caractéristiques des clients ou des ergothérapeutes sur l'importance accordée aux valeurs

Âge et problématique des clients

En ce qui concerne l'influence des caractéristiques de la clientèle, les résultats révèlent dans un premier temps que l'ergothérapeute qui travaille avec des aînés valorise davantage l'approche écologique, l'autonomie fonctionnelle, la confiance, l'*empowerment* et la sécurité que celui qui travaille avec une clientèle plus jeune. Par ailleurs, l'ergothérapeute qui travaille dans le domaine de l'enfance valorise moins la confiance

que celui qui travaille avec une clientèle plus âgée. L'ergothérapeute qui travaille avec des personnes âgées au Québec intervient souvent au domicile de la personne, ce qui est moins fréquent pour la clientèle plus jeune, à tout le moins dans le contexte des services offerts dans le Réseau de la santé publique où travaillent la majorité des ergothérapeutes. Il n'est donc pas surprenant que l'approche écologique soit davantage valorisée, ce qui est fort heureux puisque l'ergothérapeute vise, ce faisant, la préservation de l'autonomie de ces personnes dans leur domicile. Cela étant dit, considérant que les chutes à domicile représentent une préoccupation importante auprès de cette clientèle, un tel résultat peut aussi expliquer la valorisation accrue de la sécurité par l'ergothérapeute qui travaille auprès des aînés. L'enjeu relatif à la préservation ou non du permis de conduire de la personne âgée contribue possiblement aussi à cette explication.

Les résultats révèlent par ailleurs que le fait de travailler en santé mentale plutôt qu'en santé physique influence aussi l'importance que l'ergothérapeute accorde à certaines valeurs, soit à la confiance, l'empathie, l'*empowerment*, l'innovation, la qualité de vie, la spiritualité et la signifiante occupationnelle. De manière quelque peu surprenante, les comparaisons de groupes montrent que comparativement à l'ergothérapeute qui travaille en santé physique, celui qui œuvre en santé mentale miserait possiblement moins sur la relation thérapeutique, le sens que les clients donnent aux interventions, à leurs occupations et à leur existence, et userait moins d'approches innovantes pour soutenir les clients dans l'exercice de leur pouvoir que l'ergothérapeute qui travaille en santé physique. Ces résultats révéleraient-ils un certain paternalisme, voire la présence de sanisme en ergothérapie à l'endroit des personnes vivant avec un trouble affectant leur santé mentale ? Correspondant à une forme de discrimination inique à l'endroit des personnes qui ne sont pas considérées « saines d'esprit », le sanisme est lié à la stigmatisation de la clientèle ayant un trouble de santé mentale et est susceptible d'occasionner de l'injustice épistémique (Fricker, 2009 ; Leblanc et Kinsella, 2016). L'injustice épistémique est une forme d'injustice qui est reliée au savoir (*episteme*) et qui se manifeste par la dévalorisation d'une personne soit dans sa capacité de comprendre et d'apprendre (*i.e.* injustice épistémique de nature herméneutique), soit dans sa difficulté à exprimer sa vérité, sa perception des choses suivant les paradigmes dominants (*i.e.* injustice épistémique de nature testimoniale) (Fricker, 2009). Ces résultats soulèvent donc des questionnements quant à l'appropriation, par les ergothérapeutes, de l'approche fondée sur le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, nd), laquelle invite tout professionnel à considérer les personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale comme des citoyens à part entière, capables de prendre les décisions qui les concernent ainsi que comme des personnes, égales aux autres, dont la voix et la vision des choses méritent d'être valorisées, plutôt que dévaluées. Un nombre croissant d'écrits dénonce la stigmatisation qui a cours dans les milieux de santé mentale, laquelle est perpétrée par les milieux et les intervenants. De façon analogue, les comparaisons de groupes révèlent également que l'ergothérapeute qui travaille dans le domaine de la santé cognitive et de la neurodiversité valorise moins la confiance, l'empathie, l'*empowerment* et la spiritualité, ce qui peut laisser croire, ici aussi, à une forme de discrimination liée, cette fois, à la neurodiversité. Il serait peut-être aussi question d'âgisme, puisqu'une majorité d'ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine de la santé cognitive le font auprès d'aînés qui sont alors souvent considérés « vulnérables », ce qui

ne serait pas le cas des intervenants. Cette vision de vulnérabilité pourrait créer, de ce fait, une certaine hiérarchie entre le professionnel et la personne estimée vulnérable.

Paradoxe de la formation en éthique

La présente étude a relevé des corrélations statistiquement significatives entre la formation en éthique et l'importance accordée à diverses autres valeurs (autonomie fonctionnelle, confidentialité, *empowerment*, honnêteté, intégrité, pratique probante et signifiante occupationnelle). Il apparaît étonnant que la justice occupationnelle ne soit pas corrélée positivement avec l'ampleur de la formation en éthique des participants, alors qu'elle l'était dans l'étude exploratoire (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014), étant donné l'importance accordée à la justice dans maintes théories éthiques contemporaines (Drolet, 2014a). Pour interpréter ce résultat, il faudrait connaître le contenu des formations en éthique qu'ont suivies les participants. Il est possible que ceux-ci aient été sensibilisés à une vision de l'éthique proche des éthiques féministes du *care*, grandement valorisées en ergothérapie (Brockett, 1996 ; Kinsella et Pitman, 2012 ; Wright-St Clair, 2001), qui critiquent la vision de la justice liée à l'impartialité au cœur des théories éthiques contemporaines dominantes que sont l'éthique conséquentialiste et l'éthique déontologique (Drolet, 2014a), mais cela demeure à confirmer. Les valeurs qui ont été jugées importantes par les ergothérapeutes formés en éthique (c.-à-d. autonomie fonctionnelle, confidentialité, *empowerment*, honnêteté, intégrité, pratique probante et signifiante occupationnelle), semblent confirmer cette interprétation. En effet, cette approche féministe de l'éthique met l'emphasis sur la subjectivité des personnes et la partialité des relations interpersonnelles, de même que sur l'importance des vertus, plutôt que sur une application générique et universelle de la justice comme impartialité (Drolet, 2014a).

Âge et expérience de l'ergothérapeute

Bien que la spiritualité soit au cœur d'un des modèles les plus connus et maîtrisés par les ergothérapeutes québécois, le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCRO-E) (Townsend et Polatajko, 2013), celle-ci fait partie des valeurs les moins valorisées et de celles qui sont considérées comme difficiles à actualiser par la plus grande proportion de participants. Nous avons fait un constat similaire lors des phases antérieures de la recherche (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014 ; 2016). Pour leur part, les études australiennes, états-uniennes et françaises ne discutent pas de la spiritualité (Aguilar *et al.*, 2012 ; 2013 ; Fondiller *et al.*, 1990 ; Richard *et al.*, 2011). Considérant que l'histoire du Québec est liée à la laïcité, voire à une certaine dévalorisation générale de la religion (Gouvernement du Québec, 2008) ou, plus largement, de la spiritualité de nature religieuse, ce résultat n'est guère étonnant. Il faut ajouter que la formation contemporaine de l'ergothérapeute se réalise dans des paradigmes rationalistes où les discours scientifiques dominants laissent peu de place à des notions floues et peu opérationnalisées comme la spiritualité. Cela dit, les résultats attestent que la spiritualité est davantage valorisée par les ergothérapeutes plus âgés, par ceux qui ont plus d'expérience professionnelle et par ceux qui travaillent en santé mentale. Les résultats semblent laisser croire que les dimensions spirituelles de l'existence deviennent plus importantes pour l'ergothérapeute qui avance en âge, pour celui qui gagne de l'expérience ou encore pour celui-ci qui travaille avec des personnes

présentant un problème de santé mentale. Devant ces constats, nous nous serions attendues à ce que ce soit également le cas pour l'ergothérapeute qui travaille avec des personnes âgées, mais les résultats ne vont pas dans ce sens. Cela est-il dû aux difficultés rencontrées par les ergothérapeutes lorsqu'il s'agit de discuter de ces sujets avec des personnes âgées présentant des problèmes cognitifs (Lapointe, 2016) ? La spiritualité, tout comme la sexualité pour apporter un autre exemple, seraient-ils des tabous en ergothérapie ? Des entretiens qualitatifs permettraient de mieux comprendre ces résultats.

Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'il s'agit de la première étude descriptive quantitative menée sur le sujet avec une telle envergure, en ceci qu'aucune autre avant elle n'avait pris en compte la perspective d'autant d'ergothérapeutes. Une autre de ses forces est liée à sa rigueur et au caractère systématique de sa démarche. Son devis mixte et séquentiel s'est avéré particulièrement pertinent, en ceci qu'il a permis d'explorer le phénomène de manière approfondie, les résultats de chacune des phases ayant nourri et orienté les étapes subséquentes de la recherche (Nastasi, Hitchcock et Brown, 2010). L'une des limites de l'étude réside dans le fait que ses résultats ne sont pas généralisables aux ergothérapeutes de l'extérieur du Québec, compte tenu de leur caractère culturo-centré. Il serait intéressant de documenter les valeurs d'ergothérapeutes d'autres pays ayant une culture individualiste ou collectiviste.

CONCLUSION

Cette étude documente l'importance que des ergothérapeutes du Québec accordent à différentes valeurs, établit des corrélations entre le degré d'importance accordé à des valeurs et des caractéristiques des ergothérapeutes et de la clientèle, et met en lumière la nature des barrières et des facilitateurs à l'actualisation des valeurs. Les résultats de la présente étude rejoignent en général ceux des études antérieures, bien que les comparaisons avec ceux-ci soient complexifiées par le fait que les méthodes utilisées dans ces études sont généralement constructivistes. Cela dit, les résultats présentés ici contribuent à l'édification des connaissances relatives aux valeurs des ergothérapeutes.

Les résultats montrent notamment que les valeurs peuvent être des idéaux professionnels importants, voire motivants, dans la mesure où ceux-ci peuvent être réalisables, à tout le moins en partie, en pratique. Lorsqu'ils ne sont pas réalisables ou sont difficilement réalisables, l'ergothérapeute a tendance à les dévaluer. Il s'ensuit que pour assurer une pratique éthique de la profession, les établissements ont avantage à soutenir et encourager le respect des valeurs qui devraient présider à l'exercice de la profession. Il serait par ailleurs souhaitable qu'ils revoient les modes managériaux néolibéraux qui prédominent actuellement en leur sein, voire au sein de la société occidentale, ceux-ci compromettant à la fois la pratique éthique de la profession et l'actualisation des meilleures pratiques, en plus d'occasionner du mal-être au travail et divers problèmes de santé chez les professionnels de la santé, y compris les ergothérapeutes (Baillargeon, 2017 ; Bourque, 2007 ; Carrier *et al.*, 2016 ; Drolet et Goulet, 2017 ; Durocher *et al.*,

2016). L'étude des valeurs apporte en cela un éclairage unique permettant de cerner l'écart de valeurs qui peut se présenter entre les idéaux éthiques de la pratique et le contexte au sein duquel celle-ci s'exerce. Une telle approche pourrait permettre de poser un diagnostic systémique, offrant ainsi des munitions à l'agent de changement social qu'est l'ergothérapeute dans ses revendications visant la mise en place d'institutions sociales plus justes et inclusives.

Enfin, d'autres études semblables à celle-ci devraient être menées dans d'autres pays occidentaux et non occidentaux afin de réfléchir de manière critique à l'identité axiologique de l'ergothérapeute, à son *ethos* professionnel et culturel ainsi qu'à l'épistémologie au fondement de la profession. De telles études seront des plus utiles, considérant que les valeurs et les représentations professionnelles agissent comme références communes orientant tant la pratique et le raisonnement clinique que la communication. Les études à venir seront en ce sens susceptibles de soutenir les ergothérapeutes dans l'appropriation et l'affirmation de leur identité professionnelle, lesquelles sont essentielles à la différenciation de la pratique ergothérapique, de même qu'à l'investissement de rôles et de pratiques professionnelles qui sont peu endossés par les ergothérapeutes, tel celui d'agent de changement. Somme toute, l'étude des valeurs permet de mieux cerner l'ontologie axiologique de la profession, de développer des savoirs et des modèles arrimés à nos idéaux éthiques et de transformer les institutions et les pratiques sociales en prenant appui sur ces valeurs qui nous sont chères et qui ont le potentiel de changer positivement le monde.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S., et King, S. (2012). Exploring professionalism: The professional values of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 209-217. doi:10.1111/j.1440-1630.2012.00996.x
- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S., et King, S. (2013). Towards a definition of professionalism in Australian occupational therapy: Using the Delphi technique to obtain consensus on essential values and behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 206-216. doi:10.1111/1440-1630.12017
- Baillargeon, N. (2017). *La santé malade de l'austérité. Sauver le système public... et des vies !* Saint-Joseph-du-Lac (QC) : M. Éditeur.
- Barbara, A., et Curtin, M. (2008). Gatekeepers or advocates? Occupational therapists and equipment funding schemes. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(1), 57-60. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00683.x
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue Gouvernance*, 4(1), 1-13. doi:10.7202/1039117ar
- Brockett, M. (1996). Ethics, moral reasoning and professional virtue in occupational therapy education. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(3), 197-205. doi:10.1177/000841749606300307
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions en ergothérapie. *Santé publique*, 6(28), 769-780. doi:10.3917/pub.166.0769
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates.
- Commission de la santé mentale du Canada. (nd). *Rétablissement*. Repéré à : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/retablissement>

- DePoy E, et Gitlin L.N. (2011). *Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies*. Saint-Louis : Elsevier Mosby.
- Dige, M. (2009). Occupational therapy, professional development, and ethics. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 88-98. doi:10.1080/11038120802409754
- Drolet, M.-J. (2014a). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J. (2014b). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10. doi:10.3109/11038128.2013.831118
- Drolet, M.-J. (2017). L'ergothérapeute : un professionnel de la santé ? Vraiment ? Dans quelle mesure ? *BioéthiqueOnline*, 6(8), 1-6. doi:10.7202/1044615ar
- Drolet, M.-J., Carrier, A., Hudon, A., et Hurst, A. (sous presse). Advocacy systémique en santé et réadaptation. Être un agent de changement social pour résoudre les conflits de loyautés multiples de nature systémique. Dans J. Centeno, L. Bégin, et L. Langlois (Dir.), *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Montréal : Les Éditions Nota Bene.
- Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2014). Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, 3(21), 1-16.
- Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2016). The values of occupational therapists: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285. doi:10.3109/11038128.2015.1082623
- Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2019). Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : les répertoire pour les définir. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 86(1), 8-18. doi:10.1177/0008417418822486
- Drolet, M.-J., et Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*, 3(2), 166-196. doi:10.7202/1037918ar
- Drolet, M.-J., et Sauvageau, A. (2016). Developing professional values : perceptions of francophone occupational therapists in Quebec-Canada. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 286-296. doi:10.3109/11038128.2015.1130168
- Drolet, M.-J., Lalancette, M., et Caty, M.-È. (2019). *ABC de l'argumentation pour les professionnels de la santé et toute personne qui souhaite convaincre*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J., Carrier, A., Hudon, A., et Hurst, S. (sous presse). Advocacy systémique en santé et réadaptation. Être un agent de changement social pour résoudre les conflits de loyautés multiples de nature systémique. Dans J. Centeno, L. Bégin et L. Langlois (dir.), *Les loyautés multiples. Mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Montréal : Les Éditions Nota Bene.
- Durocher, E., Kinsella, E. A., McCorquodale, L., et Phelan, S. (2016). Ethical tensions related to systemic constraints: Occupational alienation in occupational therapy practice. *Occupation, Participation and Health*, 36(4), 216-226. Early Online, 1-11. doi:10.1177/1539449216665117
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. (4e éd.). London : Sage Publications.
- Finlay, L. (2001). Holism in occupational therapy: Elusive fiction and ambivalent struggle. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 268-275. doi:10.5014/ajot.55.3.268
- Fondiller, E. D., Rosage, L. J., et Neuhaus. B. E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 10(1), 41-55.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice : Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fulford, K. W. M. (2004). Facts/values: Ten principles of values-based medicine. Dans J. Radden (dir.), *The philosophy of psychiatry* (p. 205-234). New York : Oxford University Press.
- Goulet, M., et Drolet, M.-J. (2017). Les enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *BioéthiqueOnline*, 6(6), 1-14. doi:10.7202.1044613ar
- Gouvernement du Québec. (2008). *Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation. Rapport Gérard Bouchard – Charles Taylor*. Repéré à : <https://www.mce.gouv.qc.ca/publications/CCPARDC/rapport-final-integral-fr.pdf>
- Hammell, K. W. (2009). Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 14-22. doi:10.1177/000841740907600105

- Hammell, K. W., et Iwama, M. (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 385-394. doi:10.3109/11038128.2011.611821
- Hesse-Biber, S. N. (2010). Feminist approaches to mixed methods research. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (2^e éd., p. 169-192). Thousand Oaks : Sage.
- Ikiugu, M. N., et Schultz, S. (2006). An argument for pragmatism as a foundational philosophy of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 86-97. doi:10.2182/cjot.05.0009
- Iwama, M. K. (2006). *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. London : Elsevier.
- Jonckheere, A. R. (1954). A distribution-free k-sample test against ordered alternatives. *Biometrika*, 41(1/2), 133-145. doi:10.2307/2333011
- Kinsella, E. A., et Pitman, A. (2012). *Phronesis as Professional Knowledge: Practical Wisdom in the Professions*. Rotterdam : Sense Publishers.
- Kirsh, B. H. (2015). Transforming values into action. Advocacy as a professional imperative, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(4), 212-223. doi:10.1177/0008417415602681
- Kruskal, W. H., et Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621. doi:10.2307/2280779
- Lapointe, A. (2016). *Les enjeux éthiques relatifs à l'obtention et au respect du consentement libre, éclairé et continu: perceptions d'ergothérapeutes francophones du Québec travaillant auprès de personnes âgées*. Trois-Rivières : UQTR.
- Leblanc, S. et Kinsella, E.A. (2016). Toward epistemic justice : A critically reflexive examination of 'sanism' and implications for knowledge generation. *Studies in Social Justice*, 10(1), 59-78. doi:10.26522/ssj.v10i1.1324
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Les Cahiers de l'EESP.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Nastasi, B. K., Hitchcock, J. H., et Brown, L. (2010). An inclusive framework for conceptualizing mixed methods. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (2^e éd., p. 305-338). Thousand Oaks : Sage.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Repéré à : http://www.oeq.org/DATA/NORME/13~v~referentiel-de-competences_2013_couleurs.pdf
- Peloquin, S. M. (2007). A reconsideration of occupational therapy's core values. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 474-478. doi:10.5014/ajot.61.4.474
- Polatajko, H. J. (1992). Muriel driver lecture. Naming and framing occupational therapy: A lecture dedicated to the life of Nancy B. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59, 189-200. doi:10.1177/000841749205900403
- Richard, C., Colvez, A., et Blanchard, N. (2011). Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie. Dans É. Trouvé et al. (dir.), *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques* (p. 13-28). Marseille : SOLAL Éditeur.
- Spearman, C. (1910). Correlation calculated from faulty data. *British Journal of Psychology*, 3(3), 271-295. doi:10.1111/j.2044-8295.1910.tb00206.x
- Takashima, R., et Saeki, K. Professional identities of occupational therapy practitioners in Japan. *Health*, 5(6), 64-71. doi:10.4236/health.2013.56A2010
- Townsend, E. A. (1993). 1993 Muriel driver lecture. Occupational therapy's social vision. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 174-184. doi:10.1177/000841749306000403
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, and Justice through Occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Watson, R. M. (2006). Being before doing: The cultural identity (essence) of occupational therapy. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 53, 151-158. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00598.x
- Wright-St Clair, V. (2001). Caring: The moral motivation for good occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48, 187-199. doi:10.1046/j.0045-0766.2001.00274.x